UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE SALPETRIERE

ANNEE 1973 **THESE** N° 70

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Patrick Cornardeau

Né le 30 Juillet 1945 à Valenciennes (Nord)

PRESENTEE & SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ENDOMETRIOSE URETERALE

DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

PRESIDENT: Monsieur le Professevr ROBERT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543902_0014

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE SALPETRIERE

ANNEE 1973 **THESE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Patrick Cornardeau

Né le 30 Juillet 1945 à Valenciennes (Nord)

PRESENTEE & SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ENDOMETRIOSE URETERALE

DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

PRESIDENT: Monsieur le Professeur ROBERT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MON PERE

A MA MERE,

qu'ils trouvent ici un témoignage de ma profonde affection.

A MES FRERES ET SOEURS.

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR ROBERT

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter de présider notre thèse.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR Jacques HUGUIER

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance pour
nous avoir permis de profiter des Enseignements
de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR SCALI

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous aider dans sa réalisation.

A NOS MAITRES EN EXTERNAT

Messieurs

Le Docteur GONDAL
Le Docteur DESFOSSES - Le Professeur TRICOIRE
Le Professeur POILLEUX - Le Professeur GRASSET
Le Professeur MUSSET
Le Professeur HUGUIER
Le Docteur MURITH

- Ils m'ont enseigné les bases de la Médecine clinique
- Ils m'ont intéressé à la Gynécologie

- Qu'ils soient assurés de mes sentiments respectueux et reconnaissants.

A TOUS MES AMIS

Je remercie chaleureusement toutes celles et ceux qui par leur aide, leur travail, leurs conseils, m'ont permis de réaliser l'exécution de ces pages.

P L A N

INTRODUCTION

OBSERVATION

DEFINITION

HISTORIQUE

PATHOGENIE

ANATOMOPATHOLOGIE

GENERALITES

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

THERAPEUTIQUE

CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

A partir d'une observation d'endométriose urétérale, qui nous a été confiée par nos Maîtres, nous nous proposons de revoir la littérature publiée, jusqu'à présent, sur ce sujet et nous en regrouperons les diverses conclusions tant sur le plan pathogénique et anatomo-pathologique que sur le plan diagnostique et thérapeutique.

Cette localisation urétérale est considérée comme étant découverte de plus en plus fréquemment actuellement. Les endométrioses génitales et extra-génitales sont considérées comme des localisations multiples d'une même maladie, jugée bénigne. Mais certaines localisations posent des problèmes particuliers ; et notamment à propos de l'endométriose urétérale, nous soulignerons le risque d'atteinte rénale. C'est donc, en s'attachant à diagnostiquer précocement cette localisation que l'on pourra espérer maintenir l'intégrité de la fonction rénale. Le diagnostic reste difficile malgré l'apport des nouvelles techniques. En effet, les arguments cliniques et para-cliniques n'apportent qu'une présomption et seul l'examen anatomo-pathologique peut apporter la certitude diagnostique, par la constation d'un certain nombre de critères histologiques que nous reverrons.

Enfin la thérapeutique n'est pas actuellement univoque. Deux types de méthodes thérapeutiques peuvent être isolés : les méthodes chirurgicales et l'hormonothérapie. Les méthodes chirurgicales restent actuellement les plus utilisées dans le traitement des endométrioses urétérales. Nous mettrons en outre en valeur un dernier fait : ce traitement doit être conservateur dans la mesure où l'étendue des lésions et leur retentissement le permettent.

O B S E R V A T I O N

Madame C..., âgée de 37 ans, sans profession, consulte en 1970, pour troubles digestifs et urinaires, accompagnés de douleurs lombaires droites et de l'hypochondre droit.

L'interrogatoire note dans les antécédents une polio myélite à l'âge de 18 mois. Sur le plan gynécologique, Madame C..., a été réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans. Depuis la puberté jusqu'à l'âge de 28 ans, ses règles ont toujours été irrégulières, assez abondantes et douloureuses. A l'âge de 28 ans, elle consulte pour ménorragies et polyménorrhée ; le Docteur BOUTRON (Nogent-le-Rotrou) diagnostique un polype du col utérin. L'exérèse suivie d'examen histologique ne retrouve qu'un "polype glandulaire bénin". Par ailleurs, on ne note aucune grossesse, aucune fausse-couche, aucun curetage utérin.

L'histoire de la maladie :

1 - En 1962, la maladie est traitée par Radium pour "ce que l'on croît être une lésion épithéliomateuse du col utérin"

2 - En 1962, est pratiquée une hystérectomie totale avec annexcectomie sans lymphadénectomie, précédée de curiethérapie, mais non suivie de cobaltothérapie. Aucune malignité n'est signalée à la famille.

3 - A la suite de cette intervention, la malade est traitée par Equigyne (de façon intermittente) et Cycladiène pour bouffées de chaleur.

4 - C'est en avril 1970 qu'elle présente une hématurie qui permet la découverte d'une tumeur rénale gauche. L'urographie intraveineuse note une mutité rénale gauche et l'urétéropyélographie rétrograde un blocage pelvien. La malade est alors opérée : "néphrectomie gauche pour hydronéphrose et compression urétérale". L'histologiste répond : "kyste pyélique bénin avec hydronéphrose qui a pratiquement détruit le parenchyme rénal : images de dégénérescence glomérulaire (pains à cacheter)".

5 - En octobre 1970, la malade consulte à nouveau (Professeur DUPUY) pour :

- troubles digestifs ;
- troubles urinaires ;
- douleurs de l'hypochondre droit ;
- douleurs lombaires droites d'apparition récente.

L'examen permet la découverte d'une masse pelvienne gauche, adhérente à la paroi pelvienne.

...

L'examen cytobactériologique des urines montre la présence d'Escherichia Coli.

A l'U.I.V., le rein droit est morphologiquement et fonctionnellement satisfaisant.

A la cystoscopie, "la vessie est de bonne capacité, la muqueuse reste normale. L'orifice urétéral gauche est béant, l'orifice droit est normal, le col de la vessie est normal".

Une cholécystographie ne retrouve rien de particulier.

A l'entrée dans le service du Professeur HUGUIER :

L'examen note (Docteur SCALI)

"Spéculum : deux granulomes de la cicatrice du fond vaginal.

Au toucher vaginal : une masse dure assez bloquée, mais d'étendue plutôt modeste sur la partie gauche de la voute du vagin évoquant une polymitose.

Au toucher rectal, on peut suivre les contours de cette lésion qui s'étend jusqu'à la paroi pelvienne et intéresse l'utérosacré gauche.

On considère qu'elle représente une récidive massive de l'épithélioma du col traité en 1962-1963".

La lymphographie est faite le 22-10-1970.
"Aspect normal des chaînes tronculaires et ganglionnaires. Pas de blocage lymphatique, pas de métastase évidente".

L'artériographie par ponction de l'artère fémorale. (le cathéter est glissé jusqu'à la bifurcation aortique)
"Le reflux est moindre à gauche qu'à droite, il existe une zone de raréfaction visible au-dessus de la ligne inominée sans grande altération des gros troncs".

La phlébographie pelvienne occlusive par voie axillaire.
"Pas d'atteinte apparente des gros troncs iliaques pariétaux opacifiés. Bonne injection des veines sacrées. Aspect élargi d'une grosse branche hypogastrique avec développement de veinules".

L'intervention a lieu le 2-12-1970 (Docteur SCALI), avec le diagnostic suivant :
"Récidive pelvienne gauche atteignant la paroi d'un carcinome cervico-utérin traité il y a 8 ans par curiethérapie suivie d'hystérectomie totale simple sans lymphadénectomie. Découverte d'une volumineuse hydronéphrose il y a quatre mois par compression de l'uretère gauche qui a nécessité une néphrectomie".

...

Le protocole opératoire, avec inventaire des lésions, est le suivant :
"Après reprise de l'incision médiane et libération de quelques adhérences péritonéales,

l'examen pelvi abdominal ne révèle aucune métastase hépatique, aucune adénomégalie suspecte le long des chaînes lombo-aortiques.

Du côté droit de l'excavation, on ne note aucune infiltration et les ganglions pariassent normaux.

Le côté gauche est difficile à apprécier sur le plan de l'extension lymphatique en raison de la récidive qui n'est peut être que cellulaire.

A l'examen pelvien, par le T.V. et le T.R. combinés au palper intra-abdominal, on a l'impression que la masse néoplasique est du volume d'une grosse orange, peut être libérée de la paroi par une technique de CELLULECTOMIE sous aponévrotique.

On commence les dissections par le côté gauche et on effectue successivement une lymphadénectomie iliaque externe et obturatrice, qui n'avaient pas été pratiquées. On poursuit l'éxérèse lymphatique sur la fin de l'iliaque primitive et sur le tronc hypogastrique. Les ganglions ne sont pas macroscopiquement envahis, ce qui confirme la notion que l'on avait au début, d'une RECIDIVE PUREMENT CELLULEUSE PELVIENNE.

On pratique la ligature des deux veines obturatrices, de l'artère obturatrice qui a la même topographie, des deux pédicules pariéto-latéraux, ce qui permet d'exposer le tronc lombo-sacré.

On réalise un décollement para-rectal gauche et rétro-rectal.

On ligature l'artère hypogastrique au-dessus de la fessière puis deux artères ilio-lombaires, puis la fessière elle-même et ensuite deux troncs hypogastriques viscéro-pariétaux, une grosse veine sacrée latérale inférieure ; enfin on contrôle les pédicules honteux internes et ischiatiques dont la topographie par rapport au plexus sacré est tout à fait normale.

On procède alors à la lymphadénectomie du côté droit qui s'effectue en tissu presque normal et qui s'étend comme à gauche sur l'iliaque externe, la fin de l'iliaque primitive et la région obturatrice. L'artère utérine est liée à son origine au niveau du tronc utérin.

Dissection des pédicules de la corne vésicale droite.

A ce stade de l'opération, on effectue le dégagement rectal. On arrive grâce à un repère intra-rectal à effectuer le clivage inter recto-vaginal jusqu'à 3 cm de la vulve, puis à dégager ce qui reste des lames génito-sacrées. On obtient ainsi une libération complète du rectum mais la tumeur passait en certains points tout près de son bord gauche.

Le clivage vésical n'a pu être réalisé que grâce à l'injection de sérum dans la vessie. On l'effectue de proche en proche en se guidant à droite sur le trajet urétéral.

On prend d'ailleurs grand soin à ménager l'uretère droit dont l'adventice est intacte et dont les connexions celluleuses sont respectées intégralement.

En fin de compte, on effectue une colpectomie sur 3, 4 cm environ, en zone parfaitement saine dans la libération de la région de la corne vésicale gauche on retrouve le moignon urétérique gauche dilaté et contenant des débris cruoriques qui sont prélevés pour étude histologique.

L'hémostase est pratiquement parfaite.

Drainage. Péritonisation de type colo-vésical.

Paroi en 3 plans.

Durée : 6 h 45 mn.

La malade est en bon état en fin d'intervention.

Les différents prélèvements sont adressés à l'anatomopathologiste (Docteur LESLIGUERES) :

Masses pelviennes et fond vaginal.

Dans un tissu scléreux dense, mêlé de nombreux trousseaux musculaires lisses et contenant de nombreux et volumineux nerfs riches en cellules sympathiques, on observe d'abondantes et vastes plages d'endométriose.

En effet ces plages comportent des cavités glandulaires arrondies, de taille variable, parfois kystiques, bordées de cellules cubiques ou cylindriques, pseudo-stratifiées à cytoplasme basophile, contenant une substance éosinophile dans leur lumière (sang laqué ? mucus ?) Elles se retrouvent dans un chorion cytogène relativement dense, un peu fibreux, oedémateux par endroits, assez riche en capillaires, et où on reconnaît çà et là des cellules éosinophiles (cellules urétriales vraisemblablement). Ces foyers d'endométriose dissocient par endroits les nerfs. Une volumineuse veine présente deux foyers d'endométriose dans sa tunique musculeuse, un autre vaisseau contient à l'emplacement de sa lumière plusieurs glandes endométriales, dans un tissu conjonctif banal. L'épithélium du fond vaginal présente quelques décollements, l'espace ainsi créé contenant quelques cellules éosinophiles qui paraissent être des éléments épithéliaux nécrosés. Aucune récidive tumorale n'est visible ici.

Chaîne ganglionnaire gauche.

Les ganglions partiellement involués avec bandes fibreuses présentent des sinus distendus et hémorragiques, des infiltrats polynucléaires par endroits et de nombreuses vacuoles, dont certaines contiennent partiellement une substance noir verdâtre. Par endroits, on observe de volumineux plasmodes. L'aspect est celui de ganglions après lymphographie. Absence de tumeur.

Uretère et masse.

On n'observe pas de structure urétérale ici, mais seulement de nombreux foyers d'endométriose dans un tissu

...

scléreux près d'un volumineux pédicule vasculaire. Absence de tumeur.

Pédicule utérin droit.

Absence d'endométriose ou de tumeur.

Pédicule utérin gauche.

Tissu scléreux quelques coupes de fils. Absence de lésion tumorale ou d'endométriose.

Chaîne iliaque droite.

Ganglions modérément involués ; distension et discrète "réticulose" des sinus avec quelques plasmodes. L'aspect est compatible avec celui observé après lymphographie.

Bloc pelvien.

Plusieurs foyers d'endométriose voisinent deux sections de lumière bordées d'un revêtement épithélial de type urinaire surmontant un chorion scléreux et entourées de muscle lisse et scléreux en faisceaux dissociés par la sclérose (structure d'origine urétérale ?)

Bloc pelvien.

Il existe une formation kystique entourée d'une paroi dont il est difficile de dire l'origine. Absence d'endométriose ou de tumeur.

Bourgeon intra-urétéral gauche.

Il s'agit d'un foyer d'endométriose.
Absence de tumeur.

Conclusion.

Nombreux foyers d'endométriose disséminés au niveau du fond vaginal, du pelvis avec présence d'un bourgeon intra-urétéral gauche.

L'examen des nombreux prélèvements n'a pas permis d'observer de tumeur, ganglions inflammatoires dont certains présentent l'aspect observé après lymphographie.

A la suite des résultats fournis par l'anatomo-pathologie, le Docteur SCALI conclut à "un endométriome très mutilant puisque l'uretère est comprimé et envahi". "Cette surprise histologique nous fait poser le problème de la nature exacte de la lésion initiale en 1962". Des renseignements plus précis sont donc demandés au Docteur BOUTRON.

...

Il nous précise ainsi que la lésion du col traitée en 1961 - 1962 était bien un "polype glandulaire bénin" confirmé par l'histologie ; que d'autre part lors de la récidive en 1962, l'histologie avait répondu : "effet hyperlutéinique sur un endomètre congestif" pour le prélèvement biopsique utérin.

En 1962, toujours, le compte rendu de l'intervention était : "médiane sous-ombilicale. Kyste de l'ovaire droit de la grosseur d'une orange. Aspiration de liquide chocolat. La face postérieure de l'isthme est adhérente au rectum. Hystérectomie totale difficile en arrière du fait de ces adhérences. On coupe largement le vagin car il existe à sa face postérieure une végétation vue au spéculum". L'examen histologique avait conclu à cette époque : "Endométriose bénigne du myomètre".

Par la suite, c'est-à-dire en 1967, était apparu un petit polype bénin de la tranche vaginale. L'histologie concluait à "un polype de type glandulaire secrétant, ce qui est insolite dans le fond vaginal. De ce fait se pose la question d'un foyer d'endométriose ectopique".

Enfin en 1970, à la suite de la cystoscopie, faite pour gros rein tumoral palpable sous la peau (confirmé par U.I.V. : mutité rénale gauche), n'avait retrouvé aucune lésion de la muqueuse vésicale ; par contre il existait un gros orifice urétéral gauche béant et induré. La sonde d'U.P.R. ne montait pas.

L'intervention faite à cette date, par voie sous-péritonéale avait noté "un rein gauche réduit à l'état d'anormes kystes polylobés avec un uretère gros comme l'index". Il avait été pratiqué une néphrectomie avec ligature basse de l'uretère. L'histologie avait conclu à un "kyste pyélique bénin entouré par une coque de tissu en involution atrophique. Le kyste est tapissé par une seule couche de cellules cubiques".

En définitive, il n'y avait donc aucun antécédent carcinomateux.

Les suites évolutives de l'intervention pratiquée en 1970 par le Docteur SCALI, furent bonnes, sans problème urinaire.

La malade a été revue en janvier 1971 (un an après son intervention) : l'examen clinique n'a retrouvé aucune sclérose pelvienne.

En février 1971 :

A l'U.I.V., il n'existait aucun retentissement sur le rein droit.

Au T.V., le pelvis reste parfaitement souple, sans fibrose.

En mars 1971, la souplesse pelvienne se maintient

...

parfaitement. Le seul traitement que reçoit la malade consiste en Abufène et Mogadon.

Ainsi cette observation nous paraît intéressante à différents points de vue, et c'est pourquoi nous en avons décrit, avec minutie, les circonstances et l'évolution diagnostique.

- D'une part, cette endométriose urétérale fait partie d'une endométriose pelvienne diffuse, puisqu'existaient de nombreuses autres localisations, notamment :

  - un kyste chocolat de l'ovaire droit ;
  - une endométriose utérine ;
  - une atteinte du vagin et de la face postérieure péritoine utéro-vaginal ;
  - une atteinte possible du rein gauche bien que l'histologie de la pièce ne précise pas avec certitude la nature du kyste bénin.

D'autre part : l'atteinte de l'uretère présente la particularité d'être à la fois intra et extra-utérin, les lésions extra-urétérales faisaient partie d'un bloc pelvien qui a provoqué une sténose de l'uretère.

- Troisième particulérité : cette endométriose urétérale s'est développée sur un moignon urétéral après ligature antérieure de l'uretère. Cette atteinte représente à notre avis, bien que l'on ne possède pas de preuve histologique formelle de la lésion initiale, une récidive d'endométriose sur moignon urétéral chez une femme ménopausée artificiellement mais ayant reçu un traitement oestrogénique. La lésion initiale était constituée d'une "compression urétérale avec blocage pelvien à l'U.P.R. et hydronéphrose".

Si on la replace dans le contexte clinique antérieur, d'endométriose utérine, ovarienne, et de la face postérieure du péritoine utérovaginal, il semble très probable que l'atteinte urétérale initiale était de nature endométriale.

- En dernier lieu, nous insisterons sur la difficulté du diagnostic clinique et macroscopique, puisque pendant longtemps s'est posé le problème d'une mitose. C'est finalement l'histologie qui a apporté la certitude diagnostique devant la découverte de :

  - tubes glandulaires ;
  - chorion cytogène ;
  - fibres musculaires.

D E F I N I T I O N

Le terme d'ENDOMETRIOSE a été créé par SAMPSON, JOSSELIN et JONG en 1925.

Ce terme est actuellement universellement admis pour désigner une dystrophie acquise de la femme que l'on a pu définir comme : "une formation caractérisée par la présence hétérotopique des éléments constitutifs de la muqueuse utérine".

Ceci nécessite donc l'association (en des proportions variables) de :

- glandes ou kystes épithéliaux ;
- un stroma particulier ou "chorion cytogène" ;
- de façon inconstante, une ébauche de myomètre.

réalisant ainsi "de véritables petits utérus miniatures, sans canal évacuateur".

A ces caractéristiques morphologiques identiques, correspondent souvent des réactions physiologiques également identiques, puisque, sous l'influence des hormones sexuelles, les proliférations endométriales aberrantes peuvent subir les mêmes modifications cycliques que l'endomètre en place.

C L A S S I F I C A T I O N S

Diverses classifications des différentes localisations de l'endométriose ont été proposées :

I) D'une part, on distingue :

- endométriose génitale interne ou adénomyose
  - . localisation au myomètre
  - . et à la musculaire tubaire (adénomyose tubaire)
- et endométriose externe qui englobe tous les autres foyers.

II) D'autre part :

- endométriose génitale ;
- endométriose extragénitale.

III) Mais encore, VARANGOT et GIRAUD (1969) proposent la distinction :

- endométriose intrapéritonéale : trompe, ovaire, péritoine par exemple ;
- endométriose extrapéritonéale :
  - . col, vagin, vulve, périnée.
  - . intestin, arbre urinaire, plèvres, poumons...

IV) Enfin TROISIER et PIDHORZ

distinguent, et cela concerne en particulier l'endométriose urétérale :

- endométrioses primitives, ou l'on ne retrouve aucun autre foyer pouvant expliquer la maladie.
- et endométrioses secondaires : les plus fréquentes, où l'on retrouve d'autres foyers d'endométriose.

H I S T O R I Q U E

Ce n'est qu'avec l'apport de l'histologie microscopique que l'on évoqua, semble-t-il, pour la première fois l'endométriose (SAVIARD 1702).

Mais, en fait, ROKITANSKI fut le premier, en 1862, à décrire histologiquement, et à entrevoir la nature de l'endométriose.

La première forme adénomyomateuse, fut décrite en 1882 par BABES à propos de formations kystiques incluses dans le myomètre.

Puis en 1887, CHIARRI décrivit la première forme extra utérine avec une observation de nodosités kystiques de la trompe.

Ce n'est qu'après 1895, que l'on publia les premières formes extragénitales.

1896 : CULLEU signale la première localisation au ligament rond.
1898 : RUSSEL note le premier kyste ovarien.
1909 : MEYER observe la première localisation intestinale.
1912 : CULLEU publie la première localisation ombilicale.
1921 : JUDD signale la première localisation vésicale.

La localisation urétérale a été publiée, pour la première fois, par CULLEU en 1917, cette forme étant associée à une dilatation pyélocalicielle bilatérale secondaire à une endométriose pelvienne diffuse.

En 1941, RANDALL rapporte le premier cas d'endométriose intrinsèque.

Le second cas fut publié par VINCENT J O'CONNOR et J.P. GREENHILL en 1945.

Depuis cette date, d'autres observations furent publiées, et RATLIFF et CRENSHAW, en 1955, passent en revue tous les cas rapportés dans la littérature, à cette date. Ils en dénombrent huit cas. Sur ces huit cas, sept cas correspondaient à des lésions dont les symptômes cliniques existaient depuis plus de cinq ans. Ils en soulignaient donc le caractère généralement chronique.

...

En 1963, SIMON et Coll., rapportèrent le seul cas d'obstruction urétérale bilatérale secondaire à une endométriose.

Puis KERR en 1966, faisant un nouveau bilan des cas d'endométriose urétérale, en retrouve 47.

En 1967, RISING et HASEN publient le premier cas d'endométriose urétérale extrinsèque sur uretère partiellement dédoublé.

Enfin, en 1969, ANTONINI, dans sa thèse à propos de deux cas personnels, note 56 cas dans la littérature mondiale.

Par ailleurs, nous devons signaler un certain nombre de faits intéressant :

La première définition histologique est donnée en 1925 par SAMPSON. Les principaux aspects cliniques, les différentes localisations et le traitement sont cernés. Ainsi à partir de différentes localisations dissociées, considérées comme peu fréquentes, s'individualise progressivement la notion de maladie unique à localisations multiples.

En 1939 a lieu le premier congrès traitant de l'endométriose, et un premier bilan des connaissances acquises est fait.

Une nouvelle mise à jour des connaissances sur ce sujet est faite lors du congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique de langue française à Lausanne (septembre 1965). En particulier, les différents rapports font le point des dernières modifications apportées dans les indications et les modalités du traitement de l'endométriose et par ailleurs, font une mise au point sur les différentes théories pathogéniques.

P A T H O G E N I E

Les nombreuses discussions, à propos de la pathogénie de l'endométriose, ont témoigné de l'intérêt qu'on porté et portent encore sur ce sujet les différents auteurs. A l'heure actuelle, plusieurs théories restent valables, bien que les auteurs soient plus favorables à certaines d'entre elles. Aucune de ces théories ne peut expliquer à elle seule toutes les localisations de l'endométriose. Certains pensent, enfin, que la pathogenie de l'endométriose n'est pas univoque mais que l'origine de cette maladie serait variable selon les cas et les localisations.

BROCQ et VARANGOT en 1945, puis VARANGOT, GIRAUD, BIGNON, SCHINER lors du XXIème Congrès de Gynécologie Obstétrique de Lausanne en 1965, ont passé en revue les différentes théories émises et apprécié la valeur de chacune.

A - Le premier groupe de théories : les théories dysembryoplasiques.

sont l'application des théories générales de COHNHEIM concernant les tumeurs, au cas particulier de l'endométriose.

1 - La théorie Wolffienne :

RECKLINGHAUSEN, en 1897, en faisant la description princeps de l'endométriose, a émis l'hypothèse de l'origine "due à une prolifération tissulaire à partir de résidus du corps de Wolff", en raison de l'analogie entre les formations endométriales qu'il venait de décrire et les tissus de l'époophore.

2 - La théorie Mullerienne est émise la même année par KOSSMAN, qui fait dériver l'endométriose de résidus Mulleriens.

3 - Ces deux théories, n'ont plus guère cours à l'heure actuelle. Elles n'expliquent nullement la survenue d'endométrioses extragénitales (telles les localisations pulmonaires, cicatricielles et des membres).

B - La théorie de la métaplasie coelomique.

IVANOFF en 1898 pense que les tissus endométriaux peuvent dériver de l'endothélium coelomique, ou de l'endothélium péritonéal, qui garderait en puissance tous les degrés de dofférenciation qu'à reçus l'épithélium coelomique dont il dérive.

...

Par ailleurs il explique également la transformation de l'endothélium coelomique en tissu endométrial, par l'intermédiaire des organes Mulleriens, qui dérivent eux-mêmes du c coelome.

SITZENSKEY en 1906 soutient l'hypothèse de la métaplasie d'origine endothéliale lymphatique, sous l'effet d'un obstacle mécanique à la circulation lymphatique.

MEYER en 1903 puis en 1919, et NOVAK (1926 et 1931) font dériver les formations endométriales de l'épithélium vésical.

HEIM en 1939 pense qu'il s'agit de la transformation d'éléments cellulaires indifférenciés sous l'action hormonale ovarienne.

FRUHLING en 1951, admet que la théorie de la métaplasie coelomique peut rendre compte d'un certain nombre de cas d'endométriose externe, mais pour lui : "Aucune base objective n'a pu être amenée à l'appui de cette théorie". Par contre il montre que le cas d'endométriose urinaire, qu'il décrit, étaye l'hypothèse de la métaplasie à partir de tissus épithéliaux hautement différenciés, tel l'épithélium sécréteur et excréto-urinaire du rein.

L'analyse des facteurs régissant la métaplasie endométriale est complexe. Les différents auteurs isolent néanmoins :

- l'inflammation (MEYER) ;
- l'irritation péritonéale (MILFENFELD) ;
- une influence hormonale (MEIGS, NOVAK) ;
- une influence locale, en particulier dédifférenciation tissulaire sous l'effet de l'hypofonctionnement (BLUM et FRUHLING).

Cette théorie métaplasique fut abandonnée par bon nombre d'auteurs, néanmoins elle a gardé des partisans tels DREYFUS, KARNABY, DELARUE, et plus récemment DE BRUX a publié un certain nombre d'articles en faveur de l'origine coelomique de l'endométriose.

C - <u>Les théories faisant dériver l'endométriose de la muqueuse utérine normale</u>.

Ce sont les théories actuelles qui paraissent parmi les plus séduisantes.

Elles sont basées sur les caractères anatomophysiologiques de l'endométriose : reproduction totale des éléments de l'endomètre et évolution cyclique analogue.

Mais le problème du mode de diffusion n'est pas tranché.

...

1 - La théorie diverticulaire de CULLEU (1908) :

A partir de l'endomètre normal, se forment de petits diverticules qui se propagent de proche en proche dans le muscle utérin, éventuellement jusqu'à la séreuse péritonéale.

Cette théorie de diffusion de proche en proche, explique bien l'adénomyose, mais également les localisations utérosacrées, la séreuse viscérale, la séreuse vésicale.

Pour MEYER, cette prolifération se ferait à partir de la couche basale de l'endomètre sous l'effet de l'influence d'hormones, ou par rupture de l'équilibre entre le muscle et la muqueuse.

Cependant cette théorie ne peut expliquer les localisations extragénitales.

2 - La théorie des greffes de SAMPSON (1921) :

Elle suppose que le tissu endométrial desquamé peut se greffer, survivre et croître, sur le péritoine pelvien, l'ovaire, les ligaments utérosacrés. Cette migration de cellules endométriales se ferait par voie tubaire ; c'est-à-dire à l'occasion d'un reflux tubaire du sang des règles dans les premiers jours des règles. Le reflux tubaire du sang des règles ne serait pas rare en cas de rétroflexion utérine dont on sait la coexistence fréquente avec l'endométriose.

La réalité de ce reflux tubaire est indiscutable, en effet certains auteurs l'ont observé à l'occasion d'interventions abdominales pendant les règles, et d'autre part, on rencontre fréquemment du sang et des fragments d'endomètre dans les trompes, en dehors de toute pathologie ; on a retrouvé parfois également du sang dans le cul de sac de Douglas lors de laparotomies faites en période menstruelle. Et d'autre part, l'étude des cas cliniques, a montré une plus grande fréquence de l'endométriose pelvienne, dans les cas où étaient associées des malformations utérines, cervicales ou vaginales, entrainant une gêne voire une impossibilité au drainage du sang menstruel par voie vaginale.

Mais cette théorie se heurte à deux problèmes :

a) On n'a jamais pu prouver que les fragments endométriaux ayant reflué par voie rétrograde dans la trompe étaient capables de survivre et de proliférer, par eux-mêmes, sans vascularisation, et que d'autre part ils possédaient un potentiel suffisant pour se greffer dans la cavité péritonéale. Les différentes expériences faites à ce propos ont montré, que si l'on avait réussi à maintes reprises, à implanter artificiellement des fragments d'endomètre dans le vagin ou dans la cavité péritonéale, ces résultats restaient néanmoins inconstants. A ces critiques PHILIPP et HUBERT en 1940 répondent

par leurs observations personnelles, à savoir que la majorité des cas d'endométriose tubaire se présente sous forme de localisations interstielles, plus rarement isthmique et exceptionnellement dans la portion libre de la trompe ; ils en concluaient que ces lésions tubaires étaient dues à la prolifération endométriale à partir de l'endomètre utérin par continuité et que ces foyers tubaires jouaient un rôle de relais permettant un essaimage permanent tou au long du cycle menstruel vers la cavité péritonéale ; cet essaimage permanent "à partir de lésions constituées aux dépens de tissus tubaires sains et actifs et non plus seulement à partir d'un endomètre menstruel de vitalité douteuse" permet dès lors la prise de la greffe.

b) Cette théorie, si elle explique facilement les formes pelviennes de l'endométriose, ne peut en aucun cas expliquer les ectopies endométriales à grande distance de la sphère génitale, qui sont de véritables métastases.

3 - La théorie de la transplantation :

est entrevue pour la première fois par VON FRAUQUE vers 1916, puis fut reprise par HARTMANN en 1944.

Elle lie la transplantation de fragments endométriaux à un traumatisme :

- qu'il soit opératoire, par l'intermédiaire d'instruments chirurgicaux, lors d'une intervention (curetage, hystérectomie) ;
- ou que ce soit de façon indirecte par l'intermédiaire du drainage du contenu de la cavité utérine vers la cavité péritonéale, à l'occasion d'un toucher vaginal, d'un curetage, ou d'une hystérographie.

4 - La théorie métastatique :

Deux types de migration métastatique peuvent être individualisés.

a) la voie sanguine :

SAMPSON en 1924 a été le premier à découvrir du tissu endométrial dans une veine d'un utérus fibromateux extirpé pendant les règles.

Plus récemment, en 1939, ASCHEIM, BROCQ et VARANGOT, et encore plus tard JAVERT (1951) ont également retrouvé des inclusions endométriales dans les veines du myomètre et en ont même publié des microphotographies.

En 1971, PIERRUGUES, dans sa thèse à propos d'une localisation isolée d'endométriose péri-urétérale sténosante,

...

retrouve également des cellules endométriales dans une veine du myomètre dont elle publie, d'ailleurs également, une photographie.

b) la voie lymphatique :

Ce mode de diffusion a été proposé par HALBAN en 1925, il avait en effet remarqué la présence d'éléments endométriaux dans les ganglions lymphatiques. Cette voie semble naturelle étant donnée la richesse du réseau lymphatique dans la sous-muqueuse utérine et les nombreuses communications avec le réseau tubaire et ovarien, ainsi qu'avec les voies de drainage des autres organes pelviens.

En 1951, SCOTT et Coll., et JAVERT, confirment cette hypothèse, en notant également la présence d'éléments endométriaux dans les canaux lymphatiques de l'utérus et les ganglions lymphatiques. Pour JAVERT, la propagation lymphatique pourrait expliquer l'endométriose du col utérin, de la vulve, des ligaments utérins, de la vessie, de l'intestin et peut être de l'ombilic.

La greffe à distance serait liée à :

- une sténose, rétrécissement de la voie lymphatique par un petit ganglion ;
- une cicatrice ;
- un polype.

Cette théorie présente l'avantage, donc, de pouvoir expliquer bon nombre de localisations de l'endométriose. Par contre, elle se heurte à une objection : comment ces éléments non malins, peuvent-ils pénétrer soit les vaisseaux lymphatiques soit les capillaires veineux ? et d'autre part, comment peuvent-ils survivre et se greffer à distance ?

4 - Enfin la théorie de l'induction :

Pour LEVANDER et NORMAN (1955) : "Si la migration des cellules endométriales est indéniable, ce n'est pas leur greffe en territoire extra-génital particulier qui conditionne la présence d'endométriose mais le fait que ces éléments endométriaux contiennent peut-être des substances actives induisant la transformation in situ de cellules mésenchymateuses, en cellules endométriales".

Les auteurs ont d'ailleurs étayé leur hypothèse par de nombreuses expériences qui paraissent concluantes.

On en revient donc à la théorie de la métaplasie qui serait alors "conditionnée" comme l'écrit ROBERT.

...

6 - En conclusion :

Si les différentes théories permettent d'expliquer chacune des localisations de l'endométriose. Par contre, aucune ne se suffit à elle-même pour donner une explication valable pour toutes les formes et pour toutes les localisations de l'endométriose.

Néanmoins, il semble qu'il faille mettre en exergue le rôle joué par un facteur :

a) endocrinien, pour les uns, traumatique pour d'autres, dans la greffe de ces débris endométriaux sur le tissu péritonéal ;

b) clinique induisant la transformation in situ des cellules mésenchymateuses.

A N A T O M O - P A T H O L O G I E

L'endométriose urétérale réalise une localisation particulière de la maladie. Elle ne se distingue donc en rien des autres localisations de l'endométriose sur le plan anatomo-pathologique et histologique en particulier.

CARACTERES MACROSCOPIQUES :

I - L'endométriose urétérale peut se présenter sous deux aspects différents :

Tantôt elle fait partie d'une forme à localisations multiples ou d'une endométriose pelvienne diffuse, comme c'est le cas dans notre observation. Elle constitue, dès lors, un bloc pelvien qui englobe progressivement l'uretère qu'elle sténose (endométriose extrinsèque) ou qu'elle envahit (endométriose urétérale intrinsèque).

Ailleurs, il s'agit d'une localisation unique et isolée au niveau de l'uretère. Cette forme est beaucoup plus rare que la précédente.

II - Siège :

L'endométriose urétérale siège le plus souvent sur le tiers inférieur de l'uretère.

L'endométriose urétérale est le plus souvent unilatérale. Néanmoins quelques rares cas d'atteinte bilatérale ont été décrits : CULLEU fut le premier en 1917 à signaler une forme bilatérale (secondaire à une endométriose pelvienne diffuse).

III - Aspect macroscopique :

Deux types différents peuvent se présenter :

1 - Soit une masse de volume variable (de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une cerise), unique ou multiple, ferme ou dure voire pierreuse, apparemment assez bien limitée, mais fait essentiel il n'existe aucun plan de clivage ; elle est au contraire très adhérente, entraînant parfois un plissement de la séreuse, qui, si la lésion est plus ancienne prend l'aspect d'une sclérose rétractile.

2 - Soit diffuse, faisant partie d'une endométriose pelvienne diffuse, envahissant tout ou partie du pelvis, irrégulière et mal limitée, sténosant l'uretère. D'autres organes pelviens peuvent être également envahis et adhérents. Cet aspect peut évoquer une lésion néoplasique ; le diagnostic n'étant dès lors fait que par l'histologie.

...

3 - Quoi qu'il en soit, au niveau de cette masse constituée de bandes de fibrose conjonctive, on peut retrouver de nombreux petits kystes, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une cerise, isolés ou en groupes confluents, d'aspect rougeâtre, bleuâtre ou noirâtre ; l'aspect évocateur étant celui de "kyste goudron" ou "kyste chocolat". La présence de ces petits kystes hématiques contenant du sang noirâtre et visqueux doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose, sans pouvoir toutefois l'affirmer, avec certitude.

ASPECTS MICROSCOPIQUES :

A - L'histologie est donc l'examen essentiel pour diagnostic de certitude, dans la majorité des cas.

Quel qu'en soit le siège, l'aspect histologique de l'endométriose s'avère à peu près immuable dans ses traits essentiels. De ce fait les descriptions successives n'en ont pas varié. Celle de BROCQ et VARANGOT (1939) est toujours et à peu près partout reproduite : il n'y a rien à y ajouter.

B - La lésion est constituée par la présence hors de la cavité utérine d'une muqueuse de type endométrial, associant :

- des tubes glandulaires
- un stroma cytogène, indispensable pour le diagnostic d'endométriose
- des fibres musculaires, de façon moins constante ; la présence de ces fibres musculaires n'est d'ailleurs pas indispensable à l'identification de l'endométriose

1 - Les tubes glandulaires, sont tapissés par une couche unique de cellules cylindriques, assez hautes, à noyau allongé, ciliées ou non. Cet épithélium rappelle l'endomètre normal. Cependant l'architecture de l'endomètre ectopique n'est pas toujours superposable, de façon absolue, à celle de l'endomètre orthopique. JAYLE a insisté sur l'apparence parfois anarchique des tubes glandulaires, dans leur topographie et leur morphologie. Ils peuvent, en particulier avoir l'aspect de kystes ; l'épithélium peut être cubique. Plus la distension de ces kystes est marquée, plus les cellules d'abord cubiques, s'aplatissent. Par ailleurs ces deux aspects peuvent coexister dans un même tube glandulaire (cellules cylindriques hautes et cellules cubiques).

Dans la lumière, on retrouve souvent du sang hémolysé, avec la présence d'hématies dégénérées, de fragments nécrotiques, de cellules macrophages contenant des pigments d'hémosidérine.

2 - Le chorion cytogène, sur lequel reposent les tubes glandulaires, est considéré, lui aussi, comme indispensable pour affirmer le diagnostic d'endométriose.

...

Il est formé par du tissu adéno-lymphoïde c'est-à-dire de "cellules de petite taille, trapues, à noyau ovoïde riche en chromatine, d'aspect étoilé, reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques". Dans les interstices, il n'est pas rare de trouver des pigments ferriques, témoins d'extravasations sanguines menstruelles plus ou moins récentes

Il est très abondant en certains points, manque en d'autres, et il semble que l'épithélium soit cylindrique là où il est abondant, et cubique là où il manque.

3 - En périphérie de ces deux formations, peuvent exister des fibres musculaires lisses. Les fibres musculaires sont en quantité variable et souvent disposées de façon capricieuse.

4 - La fibrose est souvent associée à une réaction inflammatoire.

5 - Enfin, dernier point, il n'existe aucune capsule engainant l'ensemble. Il n'existe jamais de plan de clivage, même histologique, entre l'endométriose et l'organe sur lequel elle siège.

C - Certains facteurs sont importants à connaître, en effet :

Les différentes formations évoluent cependant en fonction de l'ancienneté de la lésion, mais également de la période du cycle menstruel. L'épithélium glandulaire, en période folliculo-lutéinique, peut être plissé ; il peut également exister des épines conjonctives et des artérioles spiralées, enfin il y a présence de glycogène. De même le chorion cytogène devient oedémateux en période lutéinique, les variations cycliques sont cependant moins frappantes qu'au niveau de l'épithélium.

Par ailleurs, la prolifération fibreuse est irréversible, pouvant évoluer pour son propre compte, même après l'arrêt des sollicitations hormonales.

Nous conclurons ce chapitre en distinguant deux types d'endométriose urétérale.

- <u>l'endométriose extrinsèque</u> :

La plus fréquente, où les formations endométriosiques sont situées dans l'adventice de l'uretère et dans les tissus voisins, mais sont absents de la tunique musculaire et de la lamina propria.

- <u>l'endométriose intrinsèque</u> : où les formations endométriosiques sont présentes dans la muqueuse et la musculeuse de l'uretère.

G E N E R A L I T E S

Fréquence

Il semble qu'il soit difficile d'apprécier avec exactitude la fréquence de l'endométriose, surtout si l'on exige la certitude histologique ; car dans certains foyers anciens, l'endomètre ectopique peut avoir disparu ; dans d'autres cas, il faut un examen attentif de la pièce anatomomique pour retrouver des ilots de muqueuse. La différence de minutie dans l'examen des pièces histologiques peut rendre compte des divergences dans les résultats des statistiques des différents auteurs.

D'autre part les critères exigés ne sont pas les mêmes pour tous les auteurs : certains exigent la certitude histologique pour intégrer les divers cas cliniques dans leur statistique, d'autres sont moins rigoureux. De plus, certains ne tiennent compte que des formes avec signes cliniques, alors que les autres tiennent compte de toutes les formes.

Ceci explique donc les variations entre les diverses statistiques.

Dans les statistiques étrangères, les chiffres retrouvés sont :

pour	FITZGILBOUS	U.S.A.	3,5 %
	FRIZ	All.	8,3 %
	KISTNER	U.S.A.	I88 %

VARANGOT lors du congrès de Lausanne apprécie la fréquence de l'endométriose de 5 % à 10 % par rapport au nombre de laparotomies pratiquées, tous les foyers ainsi découverts n'ayant pas forcément une existence clinique.

Enfin, pour SCOTT et TELINDE, et pour JAVERT, il semblerait que la fréquence de l'endométriose augmente sans que cela soit en rapport avec l'amélioration des moyens diagnostiques.

Fréquence selon les localisations

Les chiffres cités sont, encore une fois éminemment variables d'un auteur à l'autre. Cependant les localisations de l'appareil génital féminin sont les plus fréquentes. Elles représentent 70 à 80 % de l'ensemble des localisations de l'endométriose ; et parmi elles :

57 % sont situées au niveau du myomètre ;
20 % au niveau des ovaires ;
10 % touchent la portion interstielle de la trompe.

...

Les formes extragénitales représentent 25 % des différentes localisations.

D'autre part les formes diffuses et les formes à localisations multiples sont évaluées à 20 % (MATHIEU).

L'endométriose urinaire est une localisation peu fréquente mais elle n'est pas rare.

B. S. ABESHOUSE et G. ABESHOUSE (1960) font une revue de la littérature existante à propos des différents types d'endométriose urinaire :

Ils retrouvent

127 cas d'atteinte vésicale ;
15 cas d'endométriose urétérale ;
3 cas d'atteinte uréthrale ;
6 cas d'atteinte rénale ;

Ils évaluent la fréquence de l'atteinte vésicale à 1,1 % des cas d'endométriose de tous types, S. TROISIER l'évalue à 2 %.

L'atteinte urétérale représenterait 0,1 à 0,2 %.

Un peu plus tard, VAN retrouve dans la littérature

144 cas d'endométriose vésicale ;
47 cas d'endométriose urétérale ;
5 cas d'endométriose rénale.

Il est très vraisemblable, en fait, que la fréquence de l'endométriose urinaire et urétérale, est plus grande que ne l'indiquent ces chiffres. Cependant l'atteinte urétérale doit être considérée comme une affection rare.

Dans le cadre de l'endométriose urétérale, les formes intrinsèques sont beaucoup plus rares (10 cas sur 58) que les formes extrinsèques 48 cas. Mais ces chiffres restent là encore, sujets à caution, car la variété n'est pas précisée dans les cas et de plus les critères de classement ne sont pas les mêmes pour tous : MEYER publie deux cas d'endométriose extrinsèque alors que, avec la définition adoptée actuellement ils sont à intégrer parmi les endométrioses urétérales intrinsèques car il existait un envahissement de la couche musculeuse.

Age

L'endométriose est une affection de la femme en période d'activité génitale.

Elle se rencontre particulièrement entre 30 et 50 ans.

...

(75 à 85 % des cas) et le maximum de fréquence se situe de 35 à 45 ans (COUNSELLER), c'est-à-dire à la période où l'on attache le plus d'importance à la conservation des ovaires.

Cependant elle n'est pas exceptionnelle chez les jeunes filles (9 sur 225) et après la ménopause (HENRIKSEN : 37 cas sur 1 000).

Pour la localisation urétérale, l'âge le plus faible a été de 25 ans, le plus élevé 50 ans. Dans notre observation la malade était âgée de 37 ans. Par ailleurs signalons qu'elle venait de subir une castration chirurgicale peu de temps auparavant, mais ce cas ne peut être considéré comme une atteinte endométriosique post ménopausique car d'une part les premiers troubles étaient antérieurs à cette castration, et d'autre part la malade a été traitée par oestrogénothérapie après cette castration.

Race et milieu social

Dans les statistiques américaines, on retrouve, comme le signalent B. S. ABESHOUSE et G. ABESHOUSE une fréquence plus grande de l'endométriose chez les Noires que chez les Blanches.

Ils relèvent également un certain nombre de chiffres dans la littérature antérieure à propos de l'influence du niveau social.

Nombre de cas en	Clientèle Privée	Hôpital
MEIGS	32 %	8,9 %
SCOTT	15,9 %	3 %
CANAVAGH	10,6 %	5,1 %

Il semblerait donc que l'endométriose soit plus fréquente lorsque le niveau social est plus élevé.

En fait, les statistiques plus récentes ne notent pas de différence entre les diverses races ni entre les divers milieux sociaux.

Antécédents

I - Les antécédents obstétricaux

Il est classique de dire que l'endométriose survient chez des femmes à faible parité.

Sur 19 malades atteintes d'endométriose urinaire

10 n'ont pas eu d'enfant ;
5 ont eu une seule grossesse ;
3 ont eu deux grossesses ;
1 a eu trois grossesses.

Il existe même assez fréquemment une stérilité. Cette stérilité est absolue dans 32 à 38 % des cas, elle est relative dans 41,3 à 73 % des cas.

Il est cependant impossible de dire si l'endométriose est la cause (HUFMAN) ou la conséquence (MEIGS) de la stérilité.

Par ailleurs sur 56 malades, on a retrouvé chez 39 d'entre elles des antécédents obstétricaux :

outre 32 grossesses
5 cas d'avortement
2 cas de grossesse extra-utérine
6 cas de césarienne
4 cas de stérilité.

II - Antécédents gynécologiques

Il est également à remarquer qu'un certain nombre de femmes porteuses d'endométriose ont un passé gynécologique médical ou chirurgical.

1) Parmi les troubles médicaux on retrouve le plus souvent des troubles des règles à type de :

- irrégularités menstruelles ;
- ménorragies ;
- dysménorrhée surtout.

2) Parmi les antécédents chirurgicaux :

Pour SCOTT (1950) : 43,4 % des femmes porteuses d'endométriose avaient subi une intervention chirurgicale gynécologique.

Pour COUNSELLER et CRENSHAW (1951), cette proportion est estimée à 46,2 %.

Les hystéropexies antérieures étaient en particulier à incriminer (HEIM 1959).

...

VARANGOT considère que celà représente 75 % des cas.

Parmi les interventions pratiquées antérieurement à l'apparition de l'endométriose, on retrouve :

- laparotomie exploratrice ;
- hystérectomie totale ou partielle ;
- myomectomie ;
- ovariectomie unilatérale ;
- ovariectomie bilatérale ;
- curetage ;
- exploration coelioscopique ;
- culdoscopie ;
- bistournage de polype du col.

Affections gynécologiques associées

Lors des interventions sur les rétrécissements de l'uretère, on a pu retrouver différentes lésions associées :

- cancer de l'ovaire ;
- fibrome utérin : 13 % à 57,4 % selon les auteurs
- endométriose pelvienne : isolée ou diffuse, génitale ou extra-génitale ;
- troubles de la statique utérine
  - . prolapsus utérin 1% à 28 %
  - . rétrodéviation utérine 8 % (BENETT) à 31 %
- états infectieux ou inflammatoires associés 8 % (BENETT) à 21 % (SCOTT)
- cancer de l'endomètre 1% à 5 %.

Il faut donc souligner la relative fréquence de l'association avec les myomes et surtout les malformations et malpositions utérines qui peuvent être en partie responsables de la symptomatologie et qui masquent l'endométriose. Ils doivent faire penser à rechercher celle-ci.

Il faut également souligner la fréquence des formes urinaires associées à d'autres localisations de l'endométriose. Ces autres localisations peuvent être isolées, ou multiples, ou même l'atteinte urétérale peut faire partie d'une endométriose pelvienne diffuse, ces différentes formes pouvant, d'ailleurs, dominer le tableau clinique.

E T U D E C L I N I Q U E

Les circonstances dans lesquelles on peut être amené à évoquer le diagnostic sont très diverses. En effet, l'endométriose urétérale peut se présenter sous divers aspects. Le diagnostic sera soupçonné cliniquement ou évoqué lors de la coelioscopie ou de la laparotomie. La certitude absolue n'étant fournie, nous l'avons vu, que par l'examen anatomo-pathologique.

Les signes d'appel

Sont donc très variés.

Tantôt il attirent l'attention sur l'appareil urinaire, tantôt ce ne sont que des signes non spécifiques qu'il faudra savoir rattacher à l'endométriose ; ailleurs enfin l'atteinte urinaire est latente.

1) Dans la majorité des cas, il s'agit de douleurs

Elles peuvent évoquer une atteinte urinaire et faire penser à des douleurs pas distension urétérale. Elles sont à type de coliques néphrétiques ou évoquent des douleurs de pyélonéphrite ; mais elles peuvent également être subaigues, allant de la simple sensibilité des lombes à la douleur sourde, continue, ou évoluant par poussées.

Dans les autres cas ; elles sont beaucoup moins évocatrices : ainsi on a pu noter des douleurs abdominales de l'hypochondre ou des flancs. RANDALL et COLBY signalent une observation de douleurs inguinales. On retrouve également dans la littérature de rares cas de douleur rectale.

Le caractère cyclique de la douleur lors de la menstruation est un phénomène très inconstant.

Enfin signalons que dans certains cas, malgré une distension urétérale certaine, on n'a retrouvé aucune douleur.

2) Les signes urinaires

Bien qu'eux aussi très variés, présentent l'avantage d'orienter d'emblée le diagnostic sur l'arbre urinaire, sans toutefois permettre d'affirmer le niveau exact de l'atteinte. On a ainsi retrouvé un certain nombre de symptômes :

- brûlures ;
- dysurie ;
- pollakiurie ;
- hématuries qui sont d'importance variable, microscopiques ou profuses, et, en fait, très inconstantes ;
- la pyurie n'est pas fréquente.

...

Certains de ces signes sont, en fait, plus souvent rencontrès lorsqu'il existe une atteinte vésicale associée; telles :

- dysurie ;
- brûlures ;
- simples sensations de pesanteurs hypogastriques plus ou moins importantes ;
- envies impérieuses ;
- cystalgies importantes ;
- hématuries.

D'autres signes ont encore pu attirer l'attention :

- la découverte d'une hyperazotémie : deux cas ;
- la découverte d'une hypertension : un cas.

3) Nous ne ferons que citer

- les troubles digestifs à type de nausées, vomissements, constipation ;
- fièvre et frissons.

4) Ailleurs ce sont des signes touchant la sphère génitale

Cette endométriose génitale peut dominer le tableau clinique ou au contraire être évoquée par les données de l'interrogatoire.

On peut ainsi retrouver :

- des douleurs pelviennes, de types variés, uni ou bilatérales, permanents ou discontinues.
- une dysménorrhée secondairement aggravée ou acquise, qui est caractéristique lorsqu'elle est tardive par rapport au début des règles, intense et violente, s'accompagnant d'autres manifestations intestinales ou vésicales, augmentant progressivement d'intensité et s'aggravant de cycles en cycles.
- une dysparennie.
- des ménorragies ou des métrorragies.
- une hyperménorrhée ou une polyménorrhée.

Tous ces signes ont en commun leur caractère cyclique, apparaissant quelques jours avant les règles, durant autant qu'elles et diminuant progressivement après elles, mais pouvant couvrir tout le cycle.

Il est à noter qu'il n'y a aucune relation entre l'intensité des symptômes et l'importance des lésions anatomiques et que, d'autre part, pour de nombreux auteurs, les métrorragies, ménorragies et autres troubles des règles sont en fait souvent en relation avec une autre lésion associée, tels les myomes sous muqueux, les polypes endométriaux, les hyperplasies glandulo-kystiques.

...

5) Il est enfin des formes latentes

L'endométriose est une découverte fortuite au cours d'une laparotomie pour une toute autre cause. Dans la plupart de ces cas l'atteinte urinaire n'est découverte qu'assez tard. Il faut donc s'attacher à découvrir le plus rapidement possible l'atteinte urétérale, avant que la fonction rénale ne soit mise en jeu.

L'examen clinique

1) L'examen de la fosse lombaire ne retrouve que rarement un gros rein.

2) L'examen abdominal note parfois une sensibilité ou une légère défense du côté de l'uretère atteint.

3) L'examen gynécologique pratiqué dans de bonnes conditions et avec soin peut apporter de nombreux renseignements.

Il peut s'agir :

- d'une masse pelvienne plus ou moins bien limitée.
- ailleurs un utérus augmenté de volume.
- un kyste de l'ovaire augmentant de volume pendant les règles.
- mais encore l'existence de nodules endométriosiques, notamment du cul de sac de Douglas, de la cloison recto-vaginale, ou vésico-vaginale, des ligaments utérosacrés, ou encore au niveau du col utérin, du vagin, du périnée. Toutes ces localisations possèdent une énorme valeur dans l'orientation du diagnostic.

Enfin on n'omettra pas de rechercher une lésion associée (fibrome, malposition utérine...).

Les examens complémentaires

Possèdent une double importance : ils permettent de confirmer le diagnostic et permettent de plus d'apprécier la valeur fonctionnelle du rein.

1) Les examens de laboratoires :

- les hémogrammes n'apportent aucun argument particulier ;
- le taux de l'urée sanguine permet une première évaluation de l'excrétion urinaire ;
- l'examen cytobactériologique des urines, outre la découverte d'une infection urinaire associée, permet la recherche d'une hématurie microscopique.

2) L'urographie intraveineuse :

objective une image de sténose au niveau de l'uretère et en précise le siège.

met en évidence le degré de la dilatation sus-jacente.

Précise l'état du rein par l'étude de la sécrétion rénale qui peut être totalement absente (rein muet) ou très perturbée, mais on peut également préciser l'existence d'images floues au niveau du rein, de déformations insolites du bassinet ou des calices, de déformations de l'ombre rénale.

L'urographie précise l'unilatéralité ou la bilatéralité de l'atteinte, par contre elle ne peut en aucun cas préciser s'il s'agit d'une endométriose et si celle-ci est extrinsèque ou intrinsèque. Enfin elle présente un danger en cas d'hydronéphrose si on n'est pas sûr de pouvoir monter en fin d'examen une sonde urétérale qui assurera le drainage pyélique.

3) Pour les Urologues, l'uréthropyélographie rétrograde

Ne sera faite que si l'urographie intraveineuse n'est pas sufisamment explicite (rein muet).

Elle permet de situer le niveau de l'obstacle et de juger de sa perméabilité.

Si l'obstacle est perméable, on pourra analyser le liquide qui s'écoule et s'il s'agit de pus, on peut penser que le rein est mort de pyonéphrose ; sinon l'urine s'écoule, et grâce à la sonde, on lève provisoirement la stase pyélocalicielle et on conserve un espoir de sauver la fonction rénale, par une thérapeutique rapide.

Si l'obstacle est imperméable à la sonde, on pratiquera malgré tout une U.P.R. qui précisera le niveau exact de l'obstacle et son étendue.

4) La cystoscopie

est un examen facile à pratiquer chez la femme et peut apporter de nombreux renseignements :

En cas d'hématurie, elle élimine son origine vésicale, et permet de préciser son origine haute et éventuellement le côté.

Elle précise, en outre, s'il existe une atteinte vésicale associée après avoir permis d'éliminer une tuberculose ou un cancer vésical. S'il existe une endométriose vésicale associée, on la recherchera surtout près du Trigone plus ou moins près d'un orifice urétéral qu'elle peut obstruer, plus rarement on retrouvera les lésions au niveau du bas fond vésical, du sommet, de la paroi antérieure de la vessie. Elle se présente sous des aspects variables selon le moment du cycle menstruel, aussi faut-il répéter cet examen. Avant la menstruation,

...

on retrouve une plaque surélevée avec de petits kystes translucides bleuâtres, la muqueuse avoisinante est oedématiée, plissée, congestive. Pendant la menstruation, la tumeur s'accroît, les kystes à contenu foncé (bleu-noir) l'emportent en nombre sur les kystes translucides. Des kystes rouges apparaissent, gorgés de sang, pouvant saigner dans la vessie. Après les règles, la congestion s'efface, la tumeur s'affaisse, la muqueuse voisine perd son oedème et prend une couleur jaune, on retrouve une prédominance de kystes jaunâtres. Ailleurs enfin, il peut s'agir d'un simple aspect de systite. Nous nous sommes attachés à décrire avec précision les lésions endométriales au niveau de la vessie, bien qu'elles soient assez rarement associées à des lésions urétérales, car elles présentent l'avantage d'être facilement biopsiables sous endoscopie apportant dès lors un argument essentiel au diagnostic.

5) Il ne faut pas négliger les autres examens complémentaires, tels que l'hystérographie, la colposcopie, qui sans apporter d'argument essentiel pour l'atteinte proprement urétérale, permettent néanmoins de retrouver une lésion associée ou une autre localisation endométriale, orientant le diagnostic étiologique de l'atteinte urinaire, sans pouvoir toutefois l'affirmer.

.) La coelioscopie :

Bien qu'ayant été peu souvent rapportée dans les observations publiées jusqu'à présent reste un examen d'un très grand intérêt.

Elle permet d'objectiver des atteintes endométriales du péritoine pelvien, des "kystes goudrons" de l'ovaire, une endométriose tubaire.

Il est bien évident que la coelioscopie ne permet pas, à elle seule, de préjuger de la nature histologique des lésions. Cependant certains aspects peuvent être macroscopiquement suffisamment évocateurs ; d'autre part, elle permet la ponction (prudente) d'un kyste goudron, ou la biopsie (également très précautionneuse) d'une lésion suspecte dans le but d'effectuer un examen microscopique.

Précisons qu'elle nécessite un certain entraînement de la part de l'opérateur et qu'elle peut être gênée par des adhérences au niveau du pelvis.

Au terme de cette enquête clinique et para-clinique, deux circonstances se présentent :

- le diagnostic est étayé par suffisamment d'arguments étiologiques, et il n'existe pas de risque d'atteinte rénale, on peut discuter le traitement médical d'épreuve.

...

- Le diagnostic n'est pas suffisamment sûr ; certes on a affirmé l'existence d'une atteinte urétérale mais la nature de la lésion n'est pas certaine. Dès lors une laparotomie s'impose. On utilisera une voie d'abord intrapéritonéale qui permet :

. un bilan complet des lésions et de leur extension et un examen de toute la cavité péritonéale à la recherche d'autres localisations plus ou moins évocatrices des trompes, des ovaires, et surtout du péritoine.

. Elle permet de pratiquer un geste thérapeutique chirurgical.

. Et surtout elle permet l'examen histologique des pièces anatomiques prélevées. Cet examen sera soigneux, méticuleux, par un anatomopathologiste entraîné, et au courant du problème diagnostique qui se pose. En effet seul l'examen histologique permet d'affirmer avec certitude le diagnostic d'endométriose.

THERAPEUTIQUE

Introduction Historique.

1- Dans une première période (premier quart de notre siècle), l'endométriose est considérée comme un processus tumoral, qui, bien que bénin, possède unt tendance extensive, et conduit ainsi souvent les chirurgiens à l'exérèse lésionnelle à tout prix. Cette attitude d'exérèse radicale a conduit à des excès et amené à des mutilations excessives.

2 - Un premier progrès est fait avec la découverte de l'influence de l'activité ovarienne sur l'évolutivité de l'endométriose. BROCQ et VARANGOT remarquent que "lors de la ménopause naturelle, l'endométriose n'évolue ni ne progresse, elle ne disparaît point morphologiquement mais elle s'éteint fonctionnellement". Ainsi furent mises au point un certain nombre de thérapeutiques à visée pathogénique, c'est à dire les méthodes radicales indirectes, qui suppriment l'activité ovarienne.

- Soit par la chirurgie : castration chirurgicale ;
- Soit par la radiothérapie : castration radiothérapique.

3 - Mais ces diverses méthodes radicales entraînent des manifestations secondaires pénibles de ménopause artificielle brutale. Dès lors, BROCQ, VARANGOT, et bien d'autres auteurs préconisent la chirurgie conservatrice de l'endométriose, qui marque un second progrès dans la thérapeutique de l'endométriose. Ils préconisent une exérèse chirurgicale limitée aux lésions les plus importantes et les plus accessibles. Par contre, sont laissées en place les lésions dont l'exérèse entraînerait des mutilations trop importantes. Ces méthodes visent avant tout à conserver la fonction ovarienne. Cette chirurgie conservatrice reçoit l'approbation de bon nombre de gynécologues et chirurgiens comme le montre l'enquête de ROCHET lors du congrès de Lausanne en 1965.

4 - Dans le même temps, la thérapeutique hormonale acquiert une plus grande diffusion.

Si elle a été gênée, dans ses débuts, par les gros inconvénients secondaires que présentait la thérapeutique androgénique, un grand pas en avant a été fait avec l'apparition du blocage provisoire de l'ovaire par les progestatifs de synthèse. Cette thérapeutique hormonale a apporté de nombreuses modifications dans les indications et les modalités thérapeutiques, mais elle n'a pas détrôné la chirurgie conservatrice.

Actuellement, c'est donc au gynécologue de juger, et de peser les indications de chacune de ces méthodes en fonction de

l'âge de la malade, son désir de vie génitale, du degré d'extension et d'évolutivité de l'endométriose.

Les méthodes thérapeutiques.

A - La chirurgie de l'endométriose.

Il est classique d'opposer deux types de méthodes chirurgicales :

- Les méthodes dites radicales qui visent à supprimer la fonction ovarienne par castration bilatérale ;
- Les méthodes conservatrices qui respectent plus ou moins cette fonction. Elles ne cherchent à enlever que les lésions de l'endométriose. Mais cette chirurgie peut être difficile et dangereuse lorsqu'il existe une atteinte pelvienne diffuse, ou lorsqu'à l'atteinte urétérale, s'associe un retentissement rénal.

I - La castration chirurgicale.

La castration chirurgicale peut s'imposer devant une atteinte ovarienne bilatérale empêchant toute conservation de tissu ovarien. Mais elle peut être faite sur des ovaires sains dans le seul but d'entraîner une stabilisation voire une régression d'un foyer pelvien particulièrement évolutif.

Cette méthode présente un avantage. Elle entraînerait la guérison clinique de l'endométriose dans un grand nombre de cas. Mais on peut lui faire des reproches sérieux. Elle peut être incomplète dans le cas où l'endométriose bloque tout le pelvis englobant même les ovaires. Ceux-ci sont donc difficiles à disséquer ; de petits fragments adhérents pouvant être laissés en place et maintenir la sécrétion ovarienne. D'autre part, les effets secondaires de la castration ne sont pas négligeables. Les troubles de la ménopause artificielle sont d'autant plus brutaux qu'ils surviennent chez une femme jeune et sur un terrain hyperfolliculinique. Cet inconvénient reste important, d'autant que ces femmes castrées ne peuvent bénéficier d'une oestrogénothérapie sous peine de réactiver le foyer endométriosique comme ce fut le cas dans notre observation.

II - Vis à vis de l'endométriose.

a) Divers types d'interventions ont pu être réalisés. Tenant compte de l'atteinte urétérale, de l'envahissement pelvien et surtout de retentissement sur le rein, nous les passerons en revue et reprendrons les statistiques publiées par KERR :

1 - la lyse urétérale a été souvent employée, 31,9 % des cas, isolée ou associée à :

- hystérectomie seule (3 cas) ;
- castration seule (4 cas) ;
- hystérectomie et castration (7 cas) ;

- hystérectomie et castration radiothérapique (1 cas) ;

2 - la résection urétérale représente 19,2 % des cas avec :

- anastomose urétéro-urétérale (5 cas) ;
- urétéro-néo-cystomie (4 cas).

3 - une urétérostomie a été pratiquée dans 4,2 % des cas :

4 - une castration sans lyse urétérale a été faite dans 21,4 % des cas.

5 - néphro-urétérectomie 14,9 % des cas.

6 - néphrostomie 1,1 % des cas.

7 - ligature de l'uretère dans deux cas seulement soit 4,2 % (technique actuellement abandonnée). En revanche, KERR ne publie qu'un seul cas de traitement médical seul, ce qui représente 2,1 % des cas.

Au total, une thérapeutique radicale a été utilisée dans 9 cas soit par néphrectomie soit par ligature de l'uretère.

D'autre part, on remarque que le traitement chirurgical a été utilisé dans la majorité des cas.

Le faible pourcentage d'utilisation du traitement progestatif, ne permet pas de juger de sa valeur dans le cas de l'endométriose urinaire.

b) Le bilan des résultats de la chirurgie est très difficile à évaluer, de nombreux auteurs ne donnant pas de précisions suffisantes sur les suites opératoires et sur l'évolution ultérieure. Cependant KERR retrouve sur 25 malades suivies pendant plus d'un an, 20 résultats satisfaisants et parmi les résultats insuffisants :

- 1 hydronéphrose symptomatique ;
- 2 infections urinaires récidivantes ;
- 1 malade se plaignant de douleurs récidivantes ;
- 1 rein douloureux ;

Parmi 13 malades suivies moins d'un an :

- 7 résultats satisfaisants.

et parmi les résultats insuffisants :

- 3 pertes de la fonction rénale ;
- 1 diminution de la fonction rénale ;
- 2 morts post-opératoires.

...

Parmi les résultats considérés comme satisfaisants, on peut noter divers degrés, depuis la restitution intégrale de la fonction rénale jusqu'à la diminution de la sécrétion rénale de 50 % au maximum par rapport à la normale (MEIGS).

Au total le bilan de la chirurgie conservatrice reste positif ; en effet, elle guérit de façon durable plus de la moitié des malades ; un quart d'entre elles ont encore des symptômes gênants mais compatibles avec une vie normale. Il ne reste donc que 10 à 20 % qui constituent des échecs plus ou moins complets, nécessitant un complément thérapeutique.

B - Les traitements non opératoires.

I - La Radiothérapie.

Elle vise à supprimer définitivement ou provisoirement la fonction ovarienne.

La suppression définitive, c'est-à-dire la castration radiothérapique, nécessite des doses fortes (1 500 à 2 000R).

Le blocage provisoire de la fonction ovarienne, ou radiothérapie de stérilisation, est acquis avec des doses plus faibles (150 à 1 000 R).

Quelle que soit la technique utilisée, les avantages sont indéniables, du fait même de la castration, dans les cas graves, ou les récidives importantes.

Mais les inconvénients sont loin d'être négligéables :

- les troubles multiples de la ménopause artificielle.
- les conséquences génétiques de la radiothérapie, en cas d'irradiation à faibles doses.
- le risque de favoriser la carcinogénèse.

Ainsi cette méthode ne peut être utilisée que pour des cas bien précis : récidives sur des cas graves et rebelles. En fait cette méthode semble abandonnée depuis longtemps par tous les auteurs.

II - Androgènes.

Ils ont été les premiers en date d'utilisation, ils agissent à la fois directement sur les lésions par atrophie de l'endomètre ectopique et indirectement par inhibition hypophysaire (MEIGS).

Les produits les plus utilisés sont les dérivés de la Testostérone en solutions huileuses ou retard. L'Androsténediol et la Méthyltestostérone seraient un peu moins efficaces.

...

Les doses nécessaires pour obtenir des résultats sont assez élevées : 200 à 500 mg par mois. La Méthyltestostérone est utilisée à la dose de 10 mg par jour pendant 2 mois (voie orale).

L'hormonothérapie mâle a un effet favorable sur les phénomènes douloureux et les hémorragies génitales.

Elle peut constituer un traitement d'épreuve lorsque le diagnostic clinique n'est pas certain, ou un traitement d'attente dans les endométrioses proches de la ménopause.

Par contre elle ne peut être utilisée comme traitement de fond, en raison de ses inconvénients lors d'une administration prolongée ; ce qui explique que cette méthode soit pratiquement abandonnée actuellement.

III- Les Oestrogènes.

A priori paradoxale, l'utilisation des oestrogènes peut être efficace à fortes doses par blocage hypophysaire.

La posologie en est élevée : jusqu'à 100 mg par jour d'oestrogènes naturels pour certains.

Ils provoquent une aménorrhée transitoire favorable à la "mise au repos" des foyers d'endométriose.

Mais ce ne peut être qu'un traitement palliatif, les inconvénients étant importants ; en effet, ils peuvent entrainer des hémorragies génitales cataclysmiques et sont de plus taxées, à ces doses, de favoriser l'induction de cancers. Ainsi, actuellement, cette thérapeutique n'est-elle plus utilisée en France.

IV - Les Oestroprogestatifs.

D'après les travaux de KARNABY, puis WHARTON, et KISTNER, l'association oestro-progestative entrainerait un état de "pseudo-grossesse" avec réaction déciduale de l'endomètre. Cette association, entrainant une anovulation persistante, permettrait une amélioration des lésions, tout au moins pendant la durée du traitement.

KISTNER propose comme schéma thérapeutique :

- Oestradiol Intramusculaire :

  - 10 mg par semaine pendant 2 semaines.
  - puis augmentation de 5 mg tous les 15 jours.
  - jusqu'à 35 mg par semaine à la 12ème semaine.

...

- Hydroxyprogestérone Intramusculaire.:

-	65 mg	par semaine pendant 2 semaines ;
- puis	125 mg	les 2 semaines suivantes
-	185 mg	les 6e et 5e sem. "
-	250 mg	les 7e et 8e sem. "
-	375 mg	les 9 et 10e sem. "
-	500 mg	les 11 et 12e sem. "

Ils ont pour effets secondaires ceux dus à l'imprégnation "pseudo gravidique" : nausées, troubles du caractère, hypertrophie mammaire et utérine, rétention hydrique avec augmentation pondérale ; mais surtout leur risque essentiel est celui des oestrogènes, c'est-à-dire thrombo-embolies et troubles hépatiques.

V - Les Progestatifs de synthèse.

Ils constituent le traitement médical moderne.

De nombreux produits ont été commercialisés depuis les travaux de PINCUS (1956) et de KISTNER (1958). Tous n'ont pas la même efficacité sur l'endométriose.

Les dérivés de la progestérone n'on qu'une action limitée sur l'endométriose.

Les Nor-Stéroïdes sont les seuls produits vraiment actifs.

Ce sont des dérivés :

- soit de la 19 Nortestérone, tels que :

  = la Méthyloestrénolone ;
  = le Noréthindrone ;
  = la Noréthystérone ;
  = le Noréthynodrel.

- soit de la 3 Désoxy- 19 Norœstostérone tels que

  = le Lynoestrénol ;
  = l'Allyloestrénol.

Ils agissent par blocage de l'ovulation et de la menstruation pendant une durée variable (6-18 mois) et mettent au repos les foyers d'endométriose qui peuvent parfois disparaître.

Le traitement doit être maintenu, de façon continue :

- à doses suffisantes : 10 à 20 mg par jour minimum ;
- pendant longtemps : au moins 6 mois.

...

Les résultats, s'ils sont moins spectaculaires que ceux de la thérapeutique androgénique, restent néanmoins très encourageants :

Dans l'immédiat, les progestatifs entraînent 70 % de guérisons ou d'améliorations subjectives et objectives. Cette amélioration se maintient très souvent même après l'arrêt de la thérapeutique, à condition que celle-ci ait été correctement effectuée. On ne peut parler de guérison complète, la seule chose que l'on puisse affirmer est la disparition des lésions ; c'est par la pratique d'une coelioscopie de contrôle et une surveillance prolongée que l'on pourra parler de"guérison".

Il existe cependant un certain nombre d'échecs des Norstéroïdes ; ce n'est pas au cours du traitement mais plus ou moins rapidement après l'arrêt de celui-ci, que peut apparaître une reprise évolutive.

Les Norstéroïdes présentent en outre un certain nombre d'inconvénients : ils peuvent parfois donner des troubles digestifs (nausées, vomissements), des vertifes, des malaises, rendant difficile la poursuite du traitement et obligeant à utiliser un autre de ces produits.

Il est possible d'observer des saignements intermittents cédant en général à l'augmentation progressive des doses.

Enfin, il y a possibilité d'effet rebond à la fin du traitement, et il faut prévenir la femme de la possibilité d'une augmentation de l'ovulation.

Il faut de même la prévenir dès le début du traitement de tous les effets secondaires possibles, lui expliquer qu'ils seront passagers ; la prévenir qu'elle n'aura pas de règles pendant toute la durée du traitement, enfin et surtout de la nécessité d'un traitement quotidien, une seule abstention suffisant pour compromettre le résultat.

En résumé, "le traitement progestatif est actuellement non opératoire de l'endométriose qui soit susceptible de l'améliorer de façon durable".

Il ne fait cependant pas une véritable concurrence aux méthodes opératoires auxquelles on doit au contraire très souvent l'associer.

B - Les indications thérapeutiques.

Autrefois assez simples, elles se réduisaient au simple choix entre chirurgie radicale et chirurgie conservatrice. Avec l'avènement des Nor-Stéroïdes, on a pu considérer qu'un certain nombre de cas pouvaient bénéficier du traitement médical.

Mais il est à noter que :

1 - Le diagnostic de l'endométriose doit être établi de la façon la plus sûre possible, tant par la clinique que par un minimum d'examens complémentaires. On s'aidera, si besoin est, de la coelioscopie, voire de la laparotomie exploratrice qui reste la méthode la plus sûre.

2 - Si l'endométriose est une maladie bénigne, dans le cas de l'atteinte urétérale, on doit prendre en considération le risque de compression de l'uretère et le retentissement rénal sus-jacent. Le traitement doit donc tenir compte du fait suivant : conserver au maximum le parenchyme rénal s'il est fonctionnellement actif. En effet bien souvent le traitement de la lésion endométriosique entraine le lever de la compression urétérale et par là même évite le risque d'atteinte rénale.

3 - Le traitement doit être conservateur chaque fois que cela est raisonnablement possible. Il est en effet difficile de préjuger de l'évolution ultérieure sur le seul aspect des lésions. Il faut donc savoir limiter un éventuel acte chirurgical de première intention et y associer un traitement médical à la condition d'une surveillance ultérieure étroite.

Le choix entre les différentes méthodes thérapeutiques est difficile. Les indications thérapeutiques sont fonction de l'âge de la malade, de son désir de vie génitale, de l'étendue des lésions, de l'existence de complications.

1 - Il est des cas où il est préférable d'intervenir :

a) c'est le cas des complications en particulier lorsqu'il existe un risque de souffrance rénale. La ligature de l'uretère est actuellement périmée ; l'urétérotomie est exceptionnellement pratiquée ; l'urétérolyse paraît être une des meilleures méthodes thérapeutiques ; mais si la diffusion des lésions la rend impossible, une résection urétérale peut s'imposer avec urétéro-urétéro-stomie our urétéro-néocystostomie.

Au niveau du rein, il faut dans la mesure du possible tenter de ne pas être aggressif. La néphrectomie ne sera pratiquée que si le parenchyme rénal est totalement détruit.

...

La néphrostomie ne le sera que lorsque le geste au niveau de l'uretère aura été pratiqué dans de mauvaises conditions.

b) lorsque l'endométriose urétérale fait partie d'un tableau d'endométriose pelvienne diffuse, on peut craindre de méconnaître une infection plus grave, mitotique en particulier, la laparotomie peut seule lever le doute en s'aidant s'il le faut de l'histologie.

c) peuvent être également justiciables d'un traitement chirurgical les cas où le diagnostic n'est pas certain. Nous rejoignons ici le cas précédent.

d) la récidive après échec du traitement chirurgical ou du traitement médical, mais également la sclérose périlésionnelle qui persiste ou évolue pour elle-même malgré la "guérison" de l'endométriose, justifie un acte opératoire pour sauver la vitalité rénale.

2 - Le traitement médical progestatif est justifié lorsque :

a) le diagnostic d'endométriose a été posé grâce à la clinique et aux divers examens complémentaires (une coelioscopie a pu confirmer ce diagnostic). Dans ce cas, et si l'état du rein n'impose pas de geste urgent, un traitement médical d'épreuve par progestatifs peut entrainer une "guérison" de l'endométriose.

Ce type de traitement nécessite une surveillance soigneuse pendant toute sa durée et surtout lors de son arrêt. Il ne faut pas en effet méconnaître l'existence d'une reprise évolutive d'une part, et l'évolution à bas bruit d'une souffrance rénale d'autre part.

b) l'exérèse primitive des lésions n'a pas été convaincante ou le résultat de cette chirurgie conservatrice est jugé insuffisant. Ce traitement progestatif complétera dans ces deux cas systématiquement le traitement chirurgical. Les résultats seront suivis, là encore, d'une surveillance étroite.

3 - Il est des cas intermédiaires où l'on associera traitement chirurgical et traitement médical :

a) certains pensent qu'il est préférable de faire une laparotomie première suivie d'un acte chirurgical conservateur. S'il s'agit d'une forme diffuse, le chirurgien peut faire une opération conservatrice, de réduction de volume des lésions suivie immédiatement d'un traitement progestatif complémentaire.

...

b) d'autres préfèrent utiliser en premier lieu le traitement progestatif. Ils pensent que ce traitement médical est susceptible de retarder l'acte chirurgical.

c) quoiqu'il en soit, dans les deux cas, une surveillance étroite de l'évolution des lésions initiales et de la fonction rénale s'impose.

4 - Reste le problème des indications de la castration :

- si la femme a moins de 40 ans et si l'étendue des lésions le permet, on évitera la castration chirurgicale ;
- après 40 ans, ou si l'endométriose est très évolutive, ou s'il y a eu échec d'un traitement médical antérieur, une castration peut être indiquée.

Au total, trois idées dominent :

1 - Le traitement de l'endométriose urétérale est actuellement, avant tout chirurgical, à plus forte raison s'il s'y associe une endométriose pelvienne diffuse. Toutefois le traitement médical progestatif peut être utilisé si l'on possède suffisamment d'arguments en faveur du diagnostic d'endométriose et s'il n'y a pas d'urgence vis à vis de la fonction rénale.

2 - Il faut en effet s'attacher à maintenir la fonction rénale et savoir instituer une surveillance prolongée pendant le traitement et après l'arrêt de celui-ci pour éviter une détérioration du parenchyme rénal à bas bruit.

3 - Le traitement chirurgical doit être, le plus possible conservateur et être associé s'il le faut à un traitement médical, voire à une castration (pour ce dernier cas, seulement dans les formes graves, ou chez une femme près de la ménopause).

C O N C L U S I O N S

Le but de notre travail a été essentiellement de regrouper quelques arguments pour le diagnostic de l'endométriose urétérale et de mettre en évidence les principaux problèmes posés par cette localisation particulière d'une maladie considérée comme bénigne ; enfin sur le plan thérapeutique nous avons tenté de mettre en exergue les principales lignes des indications médicales et chirurgicales.

1) Sur le plan anatomo-pathologique, nous rappellerons l'existence de deux types d'endométriose urétérale :

- une forme intrinsèque ;
- une forme extrinsèque, sténosante, faisant souvent partie d'un tableau d'endométriose pelvienne diffuse

2) Sur le plan clinique

La variété des symptômes, leur manque de spécificité et d'autre part la fréquence d'un long temps de latence avant l'extériorisation de ces signes cliniques, explique le danger que représente cette forme pour le pronostic fonctionnel du rein.

Ils expliquent également la difficulté du diagnostic différentiel avec les autres atteintes urinaires et pelviennes, entre autres avec une atteinte néoplasique.

3) Le fait essentiel à souligner est que la certitude est fournie par l'examen histologique de la pièce d'exérèse.

4) Enfin, le traitement de l'endométriose urétérale reste actuellement le plus souvent de type chirurgical, car bien souvent le diagnostic est fait en per-opératoire et que d'autre part l'extension des lésions ou le risque de surcharge rénale impose un geste rapide.

Il faut néanmoins souligner l'importance d'une chirurgie conservatrice.

D'autre part, l'hormonothérapie a amené quelques transformations dans les indications thérapeutiques, dont il faut actuellement tenir compte.

5) Une surveillance prolongée par la clinique et par les urographies intraveineuses est nécessaire.

...

Tels sont les différents problèmes posés par l'endométriose urétérale, seul le respect des différents points que nous venons d'énoncer peut amener une thérapeutique correcte et efficace de cette maladie.

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABESHOUSE B.S. et ABESHOUSE G.

- L'endométriose des voies urinaires : revue de la littérature et relation de 4 cas d'endométriose vésicale.
- J. Internat. Coll. Surgeous Juil. 1960, 34, n° 1 (I), 43 - 63.

2 - ANDREWS, ANDREXQ, STRAUSS.

- Effets de la pseudo grossesse produite par la pregestine sur l'endométriose : étude clinique et microscopique.
- Americ J. Obst. Gyn., Oct. 1969, 78, 42, 776-785.

3 - ARON.

- Quelques considérations sur l'endométriose pelvienne, à propos de 34 cas.
- Thèse Médecine Paris 1962, n° 964.

4 - BANDHAUER.

- "Un cas d'endométriose urétérale".
- Wien. Klin.Wsch Oct. 1959.

5 - BALL T.L. et PLATT M.A.

- Complications urologiques de l'endométriose.
- Am; J. Obst. Gyn., 1er Dec 1962, 84, n° 11, 1516-1521

6 - BATES J.S. et BEECHAM C. T.

- L'endométriose rétropéritonéale avec obstruction urétérale.
- Obst. and Gyn., Aout 1969, 34, n° 2, 242-248.

7 - BEAHRS. O.H., HUNTER J.S. et SLOSS P.T.

- Endométriose intrapariétale occlusive de l'uretère.
- Proc. Staff Me et Mayo Clin., Fév. 1957, 32, n° 4, 73-77.

8 - BEECHAM, C.

- Le traitement chirurgical de l'endométriose. Remarques sur le traitement chez les jeunes femmes.
- J. Am. Méd. Ass., 9 Av.1949, 139, n° 15, 971-972.

...

9 - BEECHAM C.T. et Mc GREA L.E.

- Endometriosis of the urinary tract.
- Urol. Survey, 7, 3, 1957.

10 - BERLIN, WALDMAN, WHITE, Mc LAIN.

- Endométriosis of the uriter. A rare Manifestation of a common disease.
- Américic J. of Roentgen, 92, 351-354, 1964.

11 - BLUM E. et FRUHLING L.

- Aspects urologiques de l'endométriose. Les formes rénale, urétérale et vésicale.
- Strasbourg méd., Juil. 1952, 3, n° 7, 583.

12 - BLUM E. et FRUHLING L.

- Aspects urologiques de l'endométriose : les formes rénale, urétérale et vésicale.
- Gynec. Obst., 1951, 50, n° 4, 404-417.

13 - BLUM E. et FRUHLING L.

- Endométriose rénale. Contribution à l'étude de l'origine urétaplasique de l'endométriose.
- J. Urol., 1951, 57, n° 3-4, 151-162.

14 - BLUM E. et FRUHLING L.

- L'endométriose rénale, nouvelle entité anatomo-clinique. Symptômes et pathogénie (à propos de deux cas personnels).
- J. Chirur., Janv. 1953, 69, n° 1, 19-37.

15 - BOUTON C.

- Endométriose ; essai pathogénique à propos de cas observés à la Clinique Baudelocque.
- Thèse Paris, 1965, n° 187, 57 pages.

16 - BROCK D.R.

- Occlusion urétérale due à une endométriose.
- J. of Urology, Fév. 1960, 83, n° 2, 100-102.

17 - BROOKS R.T. jr, FRASER W.E. et LUCAS W.E.

- Endométriose atteignant le tractus urinaire. Rapport de deux cas avec obstruction urétérale.
- J. of Urol, Aout 1969, 102, n° 2, 184-187.

18 - BROCQ P. et VARANGOT G.

- Les Endométriomes.
- Congrès Français de Chirurgie 48ème Session Paris 1945

...

19 - BULKLEY G.J., CARROW L.A. et ESTENSEN R.D.

- Endométriose de l'uretère.
- J. of Urology, Fév. 1965, 93, n° 2, 139-143.

20 - CAMPBELL R.E.

- Les Aspects Chirurgicaux du traitement de l'endométriose.
- Int. Méd. Dig, Fév. 1950, 49, n° 2, 99-101.

21 - CHARTIER M.

- Intérêt de la coelioscopie dans l'endométriose.
- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1956, 17, 610-611.

22 - CHINN J., HORTON [illegible], MULCHE C.

- Unilateral ureteral obstruction as Sole Manifestation of endometriosis.
- Tr. West. Sec. Am. Urol. A. 23 : 181, 1956 ; J. Urol. 77, 144, 1957.

23 - COUNSELLER V.S.

- The Surgical aspects of endometriosis.
J. Internate Coll. Surgeous 1948, 11, 29.

24 - COUNSELLER V.S., CRENSHAW J. L.

A clinical and Surgical review of endometriosis.
- Am. J. Obst. Gynec. 1951, 62, 930-942.

25 - COUVELAIRE.

- Nouveau précis de Pathologie Chirurgicale.
Pathologie de l'appareil urinaire.
- Masson, 1949, 656-657.

26 - CULLEU T.S.

- The distribution of adenomyomas containing uterine mucosa.
- Arch. Surg. 1920, 1 : 215.

27 - DELAUNOY.

- Diagnostic et traitement opératoire des endométrioses.
- 42ème Session du Congrès Français de Chirurgie, 2ème Rapport, Paris 1945.

28 - GOODALL J.R.

- Urinary complications of Pelvic endometriosis.
- Am. Surg., 120, 891, 1944.

...

29 - GRAYBURN R.W.

- Obstruction urétérale due à l'endométriose.
- J. Obst. Gyn. Brit Emp., Fév. 1960, 67, n° 1, 74-75.

30 - GRIGOUROFF G.

- Sur la pathogénie de l'endométriose.
- Ann. Path., 1939, 16, 751-760.

31 - GRIGOUROFF G.

- Endométriose. Signes cliniques et théorie pathogénique
- Paris Médical 1937, 27, 249-262.

32 - HEIM K.

- Additional Data on the Problem of Endometriosis.
- Bibl. Gyn (Basel) 19, 1-99, 1959.

33 - JAVERT C.T.

- Observations on the pathology and spread of endometriosis based and theory of benign metastasis.
- Am. J. Obst. Gyn. 1951, 62, 477.

34 - KISTNER.

- Les nouvelles progestines dans le traitement de l'endométriose.
- Intern J. Fertile. Janv. Mars 1961, 6, 1-14.

35 - KISTNER.

- Traitement de l'endométriose en produisant une pseudo grossesse avec des hormones ovariennes , relation de 38 cas.
- Fertilit and Steril, Nov. Déc., 1959, 10, 539-556.

36 - KREMLING H.

- Confins. Gynécologico-urologiques. VIII. L'endométriose des organes urinaires.
- Med. Klin, 23 janv. 1959, n° 4, 136-137.

37 - MATHIEU J., VILLEDIEU P.

- Traitement de l'endométriose par les progestatifs de synthèse ; A propos d'un cas traité par Norethynodrel.
- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franç., Nov. Déc. 1960, 12, 5, 600-601.

...

38 - MATHIEU J. MOUSSELON J., VILLEDIEU P.

- Perspectives actuelles du traitement de l'endométriose génitale.
- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Sept. Oct., 1964, 16, n° 4 461.

39 - MEYER E.G.

- Unilateral ureteral obstruction due to endometriosis
- Canad J. Surgery. 3, 171-175, 1960.

40 - MOORE T.D., HERRING A.L., MAC CANELL D.A.

- Some Urologic Aspects of endometriosis.
- J. of Urol. 1943, 49, 171-177.

41 - O'CONNOR V. Jet.. GREENHILL J.P.

- Endometriosis of the Bladder and ureter.
- Surgery Gyn. Obst. 1945, 80, p 113.

42 - OSTENFELD J.

- Endométriose de l'uretère.
- Nord. Méd. 41 : 227, 1949.

43 - PALMER R.

- Explorations fonctionnelles gynécologiques.
- Masson 1963, 252-380-386.

44 - PERTUS J. SIMARD cl.

- Deux cas d'endométriose de l'uretère.
- J. Urol. et Néphrol. 72 : 811, 1966.

45 - POLLOSSON E., ROCHET Y.

- L'endométriose génitale.
- II Traitement XXI congrès Féd. Soc. Gyn. Obst. Langue Française. Lausanne, 5-8 sept. 1965 in. Bull. Soc. Gyn. Obst. 1965, 17, n° 1 bis, 293-350.

46 - RANDALL.

- Endométriosis of the ureter.
- J; Urol., 46, 419-422, 1941.

47 - RATLIFF R.K. et CRENSHAW.W. B.

- Obstruction de l'uretère due à une endométriose.
- Surg. Gyn. Obst., Av. 1955, 100, n° 4, 414-418

...

48 - REDON H., DUPAS M. et SINGIER J.R.

- A propos d'une observation d'endométriose urétérale.
- J; Urol., oct. Nov. 1966, 72, n° 10-11, 701-708.

49 - RISING J.A. et HASEN H.B.

- Endométriose urétérale obstructive.

- J. of Urol., Juil. 1967, 98, n° 1, 77-80.

50 - ROBERT H.G.

- Les endométrioses graves.

- Lyon Chirurgical, Jav., Fév. 1971, T 67, n° 1, 51-55.

51 - SIMON M.B., ZIMET R.R., SCHNEIDER E. et MORGENSTERN L.L.

- Occlusion urétérale bilatérale par endométriose.
- J.A.M.A., 9 Fév. 1963, 183, n° 6, 487-489.

52 - SCOTT R.B., TELINDE R.W.

- Esternal Endometriosis.
- Am. Surg. 1950, 131, 697.

53 - SCOTT R.B., TELINDE R.W.

- Clinical external endometrissis probable viability of menstrually shed fragments of endometrium.
- Obst. Gyn., 1954, 4, 502-560.

54 - STANLEY K.E., U.T.Z. D.C., DOCKERTY M.B.

- Endométriose du tractus urinaire se manifestant cliniquement.
- Surg. Gyn. Obst., mars 1965, 120; n° 3, 491-498.

55 - TROISIER S., PIDHORZ L.

- L'endométriose vésicale.
- Vie Médic. (enquête), Nov. 1966, 47, 1519-1526.

56 - VARANGOT, GIRAUD, BIGNON, SCHINER.

- Etiologie, clinique, Biologie, Pathogénie de l'endométriose génitale.
- XXI Congrès Fed. Soc. Gyn. Obst. Langue Franç. Lausanne 5-8 Sept. 1965.

...

57 - PIERRUGUES.

- Thèse Nov. 1972
- Endométrioses graves.

58 - BENZAKEN.

- Thèse Paris.
- A propos de 4 cas d'endométriose du grêle.

59 - ANTONINI.

- Thèse 1969.
- Endométriose urétérale.

60 - Revue du Praticien.
- Endométriose.
- 11 Sept. 1969 Tome XIX n° 23.

61 - Cahiers Médicaux Lyonnais.
- T. 43, n° 25, 31 Oct. 1967.
- Entièrement consacré à ce sujet.